

هذا ملخص فقط. إذا أردت الحصول على المزيد من التفاصيل حول التغطية والتكاليف، يمكنك الحصول على البنود الكاملة في تعليمات الخطة أو السياسة على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو من خلال الاتصال بـ [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]).



الأسئلة المهمة	الأجوبة	السبب في أهمية ذلك:
ما إجمالي مبلغ الخصم؟	\$	[YES]: يجب عليك تسديد جميع التكاليف لهذه الخدمات حتى مبلغ الخصم المحدد قبل أن تبدأ الخطة في سداد تكاليف هذه الخدمات. تحقق من تعليمات الخطة أو السياسة لمعرفة متى سيبدأ مبلغ الخصم (عادةً وليس دائماً في 1 يناير). تحقق من الجدول في صفحة 2 حول المبلغ ستدفع مقابل الخدمات التي يتم تغطيتها بعد استيفاء مبلغ الخصم . [NO]: اطلع على الجدول في صفحة 2 لمعرفة تكاليف الخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك مبالغ خصم أخرى مقابل خدمات معينة؟	\$	[YES]: يجب عليك تسديد جميع التكاليف لهذه الخدمات حتى مبلغ الخصم المحدد قبل أن تبدأ الخطة في سداد تكاليف هذه الخدمات. [NO]: ليس عليك استيفاء مبالغ الخصم مقابل خدمات معينة، ولكن يمكنك الاطلاع على الجدول بداية من صفحة 2 لمعرفة التكاليف الأخرى للخدمات التي تغطيها هذه الخطة.
هل هناك تكاليف نثرية ضمن نفقاتي؟	\$	[YES]: إن التكاليف النثرية هي أقصى مبلغ يمكنك سداه خلال فترة التغطية (عادةً سنة واحدة) مقابل المشاركة في التكاليف الخاصة بك للخدمات الخاضعة للتغطية. تساعدك التكاليف النثرية على التخطيط لنفقات الرعاية الصحية. [NO]: ليس هناك حد على المبلغ الذي قد تدفعه خلال فترة التغطية مقابل المشاركة في التكاليف الخاصة بك للخدمات الخاضعة للتغطية.
ما لم يتم إدراجه في التكاليف النثرية ؟		[YES]: على الرغم من سدادك هذه النفقات، فإنها لا تُحسب ضمن التكاليف النثرية . [NO]: لا تنطبق لأنه ليس هناك تكاليف نثرية ضمن نفقاتك.
هل هناك مبلغ إجمالي للحد السنوي على ما تدفعه الخطة؟		[NO]: يصف الجدول بداية من صفحة 2 أي حدود على ما المبلغ الذي ستدفعه الخطة مقابل خدمات معينة يتم تغطيتها، مثل زيارات العيادات. [YES]: ستدفع هذه الخطة مقابل الخدمات التي يتم تغطيتها حتى هذا الحد فقط خلال كل فترة من فترات التغطية، حتى وإن كان احتياجك أكبر. فأنت مسؤول عن جميع النفقات التي تتجاوز هذا الحد. يصف الجدول بداية من صفحة 2 حدوداً معينة للتغطية، مثل الحدود على عدد زيارات العيادات.

الأسئلة: اتصل على [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال [1-800-\[insert\]](tel:1-800-[insert]) لطلب (نسخة).

السبب في أهمية ذلك:	الأجوبة	الأسئلة المهمة
<p>[YES]: في حالة استخدام طبيب تابع للشبكة أو <u>موفر</u> آخر للرعاية الصحية، فستدفع هذه الخطة بعض أو كل التكاليف مقابل الخدمات التي يتم تغطيتها. تذكر قد يستخدم طبيبك التابع للشبكة أو المستشفى <u>موفر</u> غير تابع للشبكة للحصول على بعض الخدمات. تستخدم الخطط بنود الشبكة أو <u>المفضلة</u> أو المشاركة من أجل <u>الموفرين</u> في <u>الشبكة</u> الخاصة بها. اطلع على الجدول بداية من صفحة 2 بشأن الكيفية التي تدفع بها هذه الخطة لأنواع مختلفة من الموفرين.</p> <p>[NO]: تتعامل هذه الخطة مع <u>الموفرين</u> بالطريقة نفسها من حيث تحديد الدفع مقابل الخدمات نفسها.</p>		هل تقوم هذه الخطة باستخدام <u>شبكة</u> من <u>موفري</u> الخدمات؟
<p>[YES]: ستدفع هذه الخطة بعض التكاليف أو كلها لرؤية <u>أخصائي</u> من أجل الخدمات التي يتم تغطيتها ولكن فقط في حالة الحصول على تصريح من الخطة قبل رؤية <u>الأخصائي</u>.</p> <p>[NO]: يمكنك زيارة <u>الأخصائي</u> الذي تختاره بدون الحصول على تصريح من هذه الخطة.</p>		هل أحتاج إلى إحالة لرؤية <u>أخصائي</u> ؟
<p>[YES]: تُدرج بعض الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة في صفحة 4. اطلع على تعليمات الخطة أو السياسة للحصول على معلومات إضافية حول <u>الخدمات المستثناة</u>.</p> <p>[NO]: اطلع على تعليمات الخطة أو السياسة للحصول على معلومات حول <u>الخدمات المستثناة</u>.</p>		هل هناك خدمات لا تغطيها هذه الخطة؟

الأسئلة: اتصل على 1-800-[insert] أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال 1-800-[insert] لطلب (نسخة).



- **مبالغ المشاركة في الدفع** هي مبالغ مالية ثابتة (على سبيل المثال \$15) تقوم بسدادها مقابل الحصول على رعاية صحية يتم تغطيتها، عادةً عندما تتلقى الخدمات.
- **التأمين المشترك** هو جزء من تكاليف الخدمة التي يتم تغطيتها، والتي تُحسب كنسبة مئوية من **المبلغ المسموح به** للخدمة. على سبيل المثال، إذا كان **المبلغ المسموح به للخطة** مقابل الإقامة في المستشفى ليلاً هو \$1000، فسيصبح مبلغ **التأمين المشترك** لنسبة 20% هو \$200. قد يتغير هذا إذا لم تستوف **مبلغ الخصم**.
- يعتمد المبلغ الذي تدفعه الخطة مقابل الخدمات التي يتم تغطيتها على **المبلغ المسموح به**. إذا كانت رسوم **الموفر** غير التابع للشبكة يتجاوز **المبلغ المسموح به**، فقد تضطر إلى دفع الفرق. على سبيل المثال، إذا كانت رسوم المستشفى غير التابعة للشبكة \$1500 للإقامة ليلاً وكان **المبلغ المسموح به** \$1000، فقد تضطر إلى دفع \$500 كفرق. (هذا يُسمى **موزانة الفواتير**.)
- **[If network plan]**: قد تُشجعك هذه الخطة على استخدام _____ **موفرين** عن طريق فرض الحد الأدنى من **مبالغ الخصم**، ومبالغ **المشاركة في الدفع** و **التأمين المشترك**.
- **[If non-network plan]**: لا تعتمد المشاركة في التكاليف الخاصة بك على ما إذا كان **الموفر** تابعاً للشبكة أم لا.

حدث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	تكاليفك في حالة استخدام وفر [تابع للشبكة]	تكاليفك في حالة استخدام موفر [غير تابع للشبكة]	الحدود والاستثناءات
إذا قمت بزيارة عيادة أو مكتب الموفر للرعاية الصحية	زيارة الرعاية الأولية لمعالجة إصابة أو مرض			
	زيارة أخصائي			
	زيارة عيادة ممارس آخر			
	الرعاية الوقائية/الفحص/التطعيم			
في حالة الخضوع إلى فحص	فحص تشخيصي (الأشعة السينية، وفحوصات الدم)			
	التصوير (الأشعة المقطعية CT/PET، والتصوير بالرنين المغناطيسي)			

الأسئلة: اتصل على 1-800-[insert] أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال 1-800-[insert] لطلب (نسخة).

حدوث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	تكلفتك في حالة استخدام وفر [تابع للشبكة]	تكلفتك في حالة استخدام موفر [غير تابع للشبكة]	الحدود والاستثناءات
في حالة الحاجة إلى تناول أدوية لمعالجة المرض أو الحالة	[الأدوية الجنيسة]			
	[أدوية العلامات التجارية المفضلة]			
	[أدوية العلامات التجارية غير المفضلة]			
تتوفر المزيد من المعلومات حول <u>تغطية الأدوية الموصوفة بوصفة طبية</u> على www.[insert].www .	[أدوية مخصصة]			
في حالة الخضوع لجراحة في عيادة خارجية	رسوم المرفق (مثال، مركز الجراحة الخارجي)			
	رسوم الطبيب/الجراح			
في حالة الحاجة إلى الحصول على رعاية طبية فورية	خدمات غرفة الطوارئ			
	وسائل النقل الطبية للحالات الطارئة			
	رعاية عاجلة			
في حالة الحصول على إقامة بالمستشفى	رسوم المرفق (مثال، غرفة المستشفى)			
	رسوم الطبيب/الجراح			

الأسئلة: اتصل على [www.\[insert\].www](http://www.[insert].www) أو زيارة [www.\[insert\].www](http://www.[insert].www) 1-800- [insert] إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\].www](http://www.[insert].www) أو الاتصال [www.\[insert\].www](http://www.[insert].www) 1-800- [insert] لطلب (نسخة).

حدوث طبي شائع	الخدمات التي قد تحتاجها	تكلفتك في حالة استخدام وفر [تابع للشبكة]	تكلفتك في حالة استخدام موافر [غير تابع للشبكة]	الحدود والاستثناءات
إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية، أو الصحة السلوكية، أو تعاطي المخدرات	خدمات الصحة العقلية/السلوكية للمرضى في العيادات الخارجية			
	خدمات الصحة العقلية/السلوكية للمرضى في العيادات الداخلية			
	خدمات الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات للمرضى في العيادات الخارجية			
	خدمات الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات للمرضى في عيادات داخلية			
إذا كنت حاملاً	الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة وما بعد الولادة			
	خدمات الولادة وجميع المرضى بالعيادات الداخلية			
إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في التعافي أو لديك احتياجات صحية خاصة أخرى	الرعاية الصحية المنزلية			
	خدمات إعادة التأهيل			
	خدمات التأهيل			
	رعاية التمريض المتخصصة			
	الأجهزة الطبية المُعَيَّرَة			
إذا كان طفلك بحاجة إلى رعاية الأسنان أو العيون	خدمات مأوي الرعاية المتخصصة لذوي الأمراض غير رعاية المسنين			
	فحص العيون			
	النظارات الطبية			
	فحص الأسنان للأطفال			

الأسئلة: اتصل على 1-800-[insert] أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال 1-800-[insert] لطلب (نسخة).

الخدمات المستثناة والخدمات الأخرى التي تتم تغطيتها:

الخدمات التي لا تغطيها خطتك (هذه ليست قائمة كاملة. تحقق من تعليمات الخطة أو السياسة لمعرفة المزيد حول الخدمات المُستثناة الأخرى).

- الرعاية التقييمية للعمود الفقري
- الجراحة التجميلية
- رعاية الأسنان (للبالغين)
- وسائل المساعدة السمعية
- علاج العقم
- الرعاية طويلة المدى
- الرعاية للحالات غير الطارئة عند السفر خارج الولايات المتحدة.
- خدمات التمريض الخصوصية
- الرعاية الروتينية للعين (للبالغين)
- الرعاية الروتينية للقدم
- برامج إنقاص الوزن

الخدمات الأخرى التي تتم تغطيتها (هذه ليست قائمة كاملة. تحقق من تعليمات الخطة أو السياسة لمعرفة الخدمات الأخرى التي تتم تغطيتها وتكاليف خدماتك).

- الوخز الإبري
- جراحة لعلاج السمنة

حقوقك لاستمرار التغطية:

** عينة التأمين الصحي الفردي -

قد توفر القوانين الاتحادية والحكومية تدابير الحماية التي تسمح لك بالاحتفاظ بتغطية التأمين الصحي هذه طالما تدفع **القسط التأميني**. ومع ذلك، فهناك استثناءات، مثل:

- إذا أجريت عملية احتيال
- إذا توقف شركة التأمين عن تقديم خدمات في البلد
- إذا انتقلت خارج المنطقة التي تشملها التغطية

للمزيد من المعلومات حول حقوقك لاستكمال التغطية، تواصل مع شركة التأمين على **[contact number]**. كما يمكنك أيضًا التواصل مع قسم التأمين في بلدك على www.insurance.ca.gov (4357) 1-800-927-HELP أو من خلال www.insurance.ca.gov.

** عينة التغطية الصحية للمجموعات -

إذا فقدت التغطية ضمن الخطة، فقد توفر القوانين الاتحادية والحكومية تدابير الحماية التي تسمح لك بالاحتفاظ بالتغطية الصحية، وفقًا للظروف. قد تكون مثل هذه الحقوق محدودة من حيث المدة وتلزمك بدفع **القسط التأميني**، والذي قد يكون أعلى بكثير من القسط التأميني الذي كنت تدفعه أثناء التغطية ضمن الخطة. قد تنطبق الحدود الأخرى على حقوقك لاستمرار التغطية.

للمزيد من المعلومات حول حقوقك لاستمرار التغطية، تواصل مع الخطة على **[contact number]**. كما يمكنك التواصل مع قسم التأمين في بلدك، بإدارة ضمان مزايا الموظفين بوزارة العمل بالولايات المتحدة على الرقم على 1-866-444-3272 أو www.dol.gov/ebsa، أو وزارة الصحة والخدمات البشرية بالولايات المتحدة على www.cciio.cms.gov x61565 1-877-267-2323 أو www.cciio.cms.gov.

الأسئلة: اتصل على **1-800-[insert]** أو زيارة **www.[insert]**. إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على **www.[insert]** أو الاتصال **1-800-[insert]** لطلب (نسخة).

حقوق التظلمات والطعون الخاصة بك:

[FOR GROUP PLANS]: إذا كانت لديك شكوى أو كنت غير راضٍ عن رفض التغطية لمطالبات ضمن خطتك، فقد يمكنك تقديم **طعن** أو تقديم **تظلم**. للاستفسار عن حقوقك أو هذا الإخطار أو المساعدة، يمكنك الاتصال بـ: [insert applicable plan contact information]؛ بإدارة ضمان مزايا الموظفين بوزارة العمل على الرقم (3272) 1-866-444-EBSA أو www.dol.gov/ebsa/healthreform؛ إدارة التأمين بولاية كاليفورنيا، وحدة مكتب الصحة لاتصالات المستهلكين، 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 أو (4357) 1-800-927-HELP أو TDD 1-800-482-4833 أو www.insurance.ca.gov. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك على تقديم الطعن الخاص بك. تواصل مع إدارة التأمين بولاية كاليفورنيا على معلومات الاتصال الواردة أعلاه.

[FOR INDIVIDUAL PLANS]: إذا كانت لديك شكوى أو غير راضٍ عن رفض التغطية لمطالبات ضمن خطتك، فقد يمكنك تقديم **طعن** أو تقديم **تظلم**. للاستفسار عن حقوقك، أو هذا الإخطار، أو المساعدة، يمكنك الاتصال بـ: إدارة التأمين في ولاية كاليفورنيا، وحدة مكتب الصحة لاتصالات المستهلكين، 300 South Spring Street, South Tower, Los Angeles, CA 90013 أو (4357) 1-800-927-HELP أو TDD 1-800-482-4833 أو www.insurance.ca.gov. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساعدك برنامج مساعدة المستهلك على تقديم الطعن الخاص بك. تواصل مع إدارة التأمين بولاية كاليفورنيا على معلومات الاتصال الواردة أعلاه.

هل توفر هذه التغطية الحد الأدنى من التغطية الضرورية؟

يتطلب قانون الرعاية ذو التكلفة المناسبة من معظم الأشخاص أن يكون لديهم تغطية الرعاية الصحية التي توصف بأنها "الحد الأدنى من التغطية الضرورية". هذه الخطة أو السياسة **[توفر/لا]** **توفر الحد الأدنى من التغطية الضرورية**.

هل تلبى هذه التغطية الحد الأدنى لمعايير القيمة؟

يؤسس قانون الرعاية ذو التكلفة المناسبة الحد الأدنى لمعايير القيمة لمزايا الخطة الصحية. الحد الأدنى لمعايير القيمة هو 60% (القيمة التأمينية). **التغطية الصحية هذه [تستوفي/لا] تستوفي الحد الأدنى لمعايير القيمة للمزايا التي توفرها.**

خدمات الوصول إلى اللغة:

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al [insert telephone number].]

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa [insert telephone number].]

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 [insert telephone number].]

[Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' [insert telephone number].]

للاطلاع على أمثلة لكيفية تغطية هذه الخطة تكاليف وضع طبي عينة، اطلع على الصفحة التالية.

الأسئلة: اتصل على **1-800-[insert]** أو زيارة **www.[insert]**. إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على **www.[insert]** أو الاتصال **1-800-[insert]** لطلب (نسخة).

إدارة مرض السكري من النوع 2
(رعاية دورية لحالة يتم مراقبتها جيدًا)

- المبلغ المستحق للموفرين: \$5,400
- تدفع الخطة \$
- يدفع المريض \$

تكاليف رعاية العينة:

\$2,900	الوصفات الطبية
\$1,300	اللوازم والأجهزة الطبية
\$700	إجراءات وزيارات العيادة
\$300	التعليم
\$100	فحوصات المختبر
\$100	اللقاحات، وغيرها من التدابير الوقائية
\$5,400	إجمالي

يدفع المريض:

\$	مبالغ الخصم
\$	مبالغ المشاركة في الدفع
\$	التأمين المشترك
\$	الحدود والاستثناءات
\$	إجمالي

إنجاب طفل
(الولادة الطبيعية)

- المبلغ المستحق للموفرين: \$7,540
- تدفع الخطة \$
- يدفع المريض \$

تكاليف رعاية العينة:

\$2,700	رسوم المستشفى (الأم)
\$2,100	خدمات التوليد الروتينية
\$900	رسوم المستشفى (الطفل)
\$900	التخدير
\$500	فحوصات المختبر
\$200	الوصفات الطبية
\$200	الطب الإشعاعي
\$40	اللقاحات، وغيرها من التدابير الوقائية
\$7,540	إجمالي

يدفع المريض:

\$	مبالغ الخصم
\$	مبالغ المشاركة في الدفع
\$	التأمين المشترك
\$	الحدود والاستثناءات
\$	إجمالي

معلومات عن أمثلة التغطية هذه:

توضح هذه الأمثلة الكيفية التي قد تغطي بها هذه الخطة الرعاية الطبية في حالات معينة. استخدم هذه الأمثلة لمعرفة كم من الحماية المالية يمكن أن يحصل عليها مريض عينة بوجه عام، إذا تمت تغطيته ضمن خطط مختلفة.

هذا ليس مُقدّر
للتكاليف.

لا تستخدم هذه الأمثلة لتقدير تكاليفك الفعلية ضمن الخطة. ستختلف الرعاية الفعلية التي تتلقاها عن هذه الأمثلة، كما ستختلف تكاليف تلك الرعاية.

انظر الصفحة التالية لمعرفة المعلومات المهمة حول هذه الأمثلة.

الأسئلة: اتصل على 1-800-[insert] أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال [1-800-\[insert\]](http://1-800-[insert]) لطلب (نسخة).

الأسئلة والأجوبة حول أمثلة التغطية:

ما بعض الافتراضات وراء أمثلة التغطية؟

- لا تتضمن التكاليف الأقساط التأمينية.
- تعتمد تكاليف رعاية العينة على المعدلات القومية التي تقدمها وزارة الصحة والخدمات البشرية بالولايات المتحدة، ولا تقتصر على المنطقة الجغرافية أو خطة صحية معينة.
- لم تكن حالة المريض مستثناة أو موجودة من قبل.
- تبدأ وتنتهي جميع الخدمات والمعالجات في فترة التغطية نفسها.
- ليس هناك نفقات طبية أخرى لأي عضو يتم تغطيته ضمن هذه الخطة.
- لا تعتمد النفقات النثرية إلا على معالجة الحالة في المثال.
- تلقى المريض كل الرعاية من الموفرين التابعين للشبكة. في حالة تلقي المريض الرعاية من موفرين غير تابعين للشبكة، يمكن أن تكون التكاليف أعلى.

ماذا يوضح مثال التغطية؟

لكل حالة معالجة، يساعدك مثال التغطية على معرفة الكم الذي يمكنك إضافته من مبالغ الخصم، ومبالغ المشاركة في الدفع، والتأمين المشترك. كما يمكنها أن تساعدك على معرفة المتبقي من النفقات لتقم بسداده لأنه الخدمة أو المعالجة غير خاضعين للتغطية أو الدفع المحدود.

هل يتوقع مثال التغطية باحتياجات رعايتي؟

✘ لا. المعالجات الموضحة هي مجرد أمثلة. يمكن أن تختلف الرعاية التي سنتلقاها لهذه الحالة بناءً على مشورة الطبيب، وعمرك، ومدى خطورة حالتك الصحية، والعديد من العوامل الأخرى.

هل يتوقع مثال التغطية بنفقاتي المستقبلية؟

✘ لا. أمثلة التغطية هي ليست مقدرات للتكلفة. لا يمكنك استخدام الأمثلة لتقدير التكاليف لحالة فعلية. هي لأغراض المقارنة فقط. ستختلف التكاليف الفعلية اعتمادًا على الرعاية الفعلية التي تتلقاها، والأسعار التي يحددها الموفرون والسداد الذي تسمح به الخطة الصحية.

هل بإمكانني استخدام أمثلة التغطية لمقارنة الخطط؟

✓ نعم. عندما تتطلع على ملخص المزايا والتغطية لخطط أخرى، ستجد أمثلة التغطية نفسها. عندما تقارن الخطط، تحقق من صندوق "تسديدات المريض" في كل مثال. كلما قل ذلك الرقم، كلما وفرت الخطة المزيد من التغطية.

هل هناك تكاليف أخرى يجب أن أضعها في الاعتبار عند مقارنة الأسعار؟

✓ نعم. التكلفة المهمة هي القسط التأميني الذي تقوم بسداده. بوجه عام، كلما قل القسط التأميني، زادت التكاليف النثرية التي ستسدها، مثل مبالغ المشاركة في الدفع، مبالغ الخصم، والتأمين المشترك. ينبغي لك أيضًا أن تأخذ في الاعتبار المساهمات بالحسابات مثل حسابات التوفير الصحية، أو ترتيبات الإنفاق المرنة، أو حسابات السداد الصحية التي تساعدك على سداد النفقات النثرية.

الأسئلة: اتصل على 1-800-[insert] أو زيارة [www.\[insert\]](http://www.[insert]). إذا لم تكن متأكدًا من أي من المصطلحات المذكورة المستخدمة في هذا النموذج، انظر القاموس.

يمكنك الاطلاع على القاموس على [www.\[insert\]](http://www.[insert]) أو الاتصال [1-800-\[insert\]](http://1-800-[insert]) (طلب نسخة).